**Formation souhaitée : RENCONTRES BIANNUELLES 2024**

Pratiques d’orientation psychanalytique en oncologie

**IDENTITE DU PARTICIPANT**

Mme Mr Nom.....................................................................Prénom.............................................................

Profession............................................................................

N° RPPS (pour les médecins exerçant en France) : …………………………………………………….……………….

Email (obligatoire).........................................................................................................................................................

Adresse d’exercice principal : ………………………………………………………………………….

CP : …………….. Ville ……………….………………………Tél. :....................................................

**MODE DE REGLEMENT**

 Prise en charge personnelle : le participant doit avancer les frais d’inscription

 **par carte bleue** directement sur le site « lien »

 **par virement bancaire** (RIB sur demande par mail : sffpo@sffpo.fr)

 Prise en charge des frais d’inscription par l’employeur

 **par carte bleue** directement sur le site

 **par virement bancaire** (RIB sur demande par mail : sffpo@sffpo.fr)

**EMPLOYEUR**

Établissement payeur ...................................................................................................................................

Adresse.........................................................................................................................................................

CP.....................................................Ville........................................................................................................

Tél..........................................Fax OU Email ......................................................................

Nom du responsable administratif en charge des départs de formation à laquelle devront être adressé conventions, factures, attestations de présence …………………………………………………………………………………………..

*----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------*

|  |  |
| --- | --- |
| **Droits d'inscription** (déjeuner libre) | |
| **SESSION CHOISIE**  22 MARS 2024  27 SEPTEMBRE 2024 | |
|  |  |
|  110 € la session  160 € forfait 2 sessions **inscription personnelle non adhérent**   90 € la session  120 € forfait 2 sessions **inscription personnelle** **adhérent SFFPO à jour**   190 € la session  370 € forfait 2 sessions **tarifs formation continue** | |
| **Convention de formation** - N° de formation : 76 34 11 725 34  Je souhaite recevoir une convention :  oui  non  **Formation certifiée QUALIOPI** | |
| **Condition d'annulation :** Aucun remboursement ne se fera après la réalisation de la session | |
| **Renseignements** : sffpo@sffpo.fr | |

**Inscription effective qu’après réception du bulletin d’inscription dument rempli à retourner par mail** [sffpo@sffpo.fr](mailto:sffpo@sffpo.fr) ou courrier SFFPO Le Bellevue Bat 3 – 472 avenue du Maréchal Leclerc – 34070 MONTPELLIER

Je soussigné(e) ………………………………………………………………………ai pris note de vos formalités d’inscription et d’annulation et en accepte les conditions.

Date : Signature